

# LA MAPPA DEL TUO BENESSERE

15 questionari per osservare sintomi, esperienze e abitudini e individuare possibili direzioni da approfondire.

---

## Dr. Roberto Boscia

Uno strumento per mettere ordine nelle osservazioni, non per diagnosticare malattie o carenze.

I questionari principali non sono test clinicamente validati per misurare le funzioni degli organi, le carenze nutrizionali o lo stato di salute. Le associazioni fra singoli sintomi e aree tematiche sono esplorative. Non modificare terapie né richiedere esami soltanto sulla base delle risposte.

# Come utilizzare la mappa

Scegli liberamente una o più aree. Per le sezioni 01–15 seleziona Sì se riconosci l'affermazione nella tua esperienza, altrimenti No. Puoi lasciare in sospeso un quesito se non sai rispondere.

Se ti è utile, conta le risposte Sì della singola sezione, oppure calcolane la percentuale. Questi valori indicano unicamente quante affermazioni hai selezionato: NON corrispondono a gravità, stato di salute o probabilità di malattia. Non esistono soglie cliniche validate per i 15 questionari.

Alcune condizioni citate richiedono una valutazione indipendente dal questionario. Non rimandare un confronto con un professionista sanitario in presenza di sintomi importanti, persistenti o in peggioramento.

L'appendice ACE usa un conteggio specifico (0–10) e non deve essere confusa con le percentuali delle altre sezioni.

## Indice dei questionari

01 · Digestione, assimilazione e microbioma

02 · Sistema immunitario e infiammatorio

03 · Energia e mitocondri

04 · Sistema di disintossicazione

05 · Resistenza all'insulina

06 · Sistema circolatorio

07 · Sistema muscoloscheletrico

08 · Funzionalità tiroidea

09 · Acidi grassi essenziali (omega-3)

10 · Vitamina D

11 · Vitamine B e metilazione

12 · Magnesio

13 · Zinco

14 · Ormoni sessuali maschili

15 · Ormoni sessuali femminili

Appendice A · Esperienze avverse nell'infanzia (ACE)

# Digestione, assimilazione e microbioma

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                              | Sì / No                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho una sensazione di gonfiore o pienezza dopo i pasti.                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho infezioni croniche da lieviti o funghi.                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Mi sento nauseato dopo aver preso integratori.                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Mi sento stanco dopo aver mangiato.                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Ho bruciore di stomaco.                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Uso regolarmente antiacidi (Tums, Maalox, farmaci bloccanti, ecc.).                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Ho dolori addominali cronici.                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Ho diarrea.                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Ho stitichezza (vado meno di una o due volte al giorno).                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Ho feci grasse, grandi, mal formate o dal cattivo odore.                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Trovo cibo non completamente digerito nelle mie feci.                                                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho allergie alimentari, intolleranze o reazioni.                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Ho intolleranza ai carboidrati (mangiare pane o altri zuccheri causa gonfiore).                                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Ho la candida (lingua bianca).                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Ho prurito anale.                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Ho gengive sanguinanti o gengivite.                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Ho la lingua geografica (eruzione cutanea a forma di mappa sulla lingua che indica allergie alimentari o sovracrescita di lieviti). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Ho piaghe sulla lingua.                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Ho afte.                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Ho voglia di dolci e pane.                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 21 | Bevo più di 3 bevande alcoliche a settimana.                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sì / No                                                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 22 | Sono stressato eccessivamente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 23 | Ho usato o uso frequentemente gli antibiotici nel passato (più di 1-2 volte in 3 anni).                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 24 | Ho una storia di uso di NSAID (ibuprofene, naproxene, ecc.) o altri anti-infiammatori.                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 25 | Ho assunto la pillola anticoncezionale o sostituti ormonali.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 26 | Ho assunto prednisone o cortisone.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 27 | Ho una storia familiare di una delle seguenti malattie o condizioni: Autismo, ADHD, Rosacea, Acne dopo l'adolescenza, Eczema, Psoriasi, Celiachia (allergia al glutine), Malattie autoimmuni croniche, Urticaria cronica o orticaria, Malattia infiammatoria intestinale, Sindrome dell'intestino irritabile, Sindrome da fatica cronica, Fibromialgia. | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 27 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## Sistema immunitario e infiammatorio

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                       | Sì / No                                                 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Allergie stagionali o ambientali                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Allergie o sensibilità alimentari o malessere dopo i pasti                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Lavoro in un ambiente con scarsa illuminazione, sostanze chimiche e/o scarsa ventilazione                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Esposizione a pesticidi, sostanze chimiche tossiche, rumore forte, metalli pesanti e/o a datori di lavoro e colleghi tossici | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Infezioni e raffreddori frequenti                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Storia di infezioni croniche come l'epatite, infezioni della pelle, afte e/o herpes labiale                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Sinusite ed allergie                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Storia familiare di bronchite o asma                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Dermatite (eczema, acne, eruzioni cutanee)                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Artrite (osteoartrite/usura degenerativa)                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Storia familiare di malattie autoimmuni (artrite reumatoide, lupus, ipotiroidismo, ecc.)                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Storia familiare di colite o malattie infiammatorie intestinali                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Storia familiare di sindrome dell'intestino irritabile (colon irritabile)                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Depressione, ansia, ADHD o malattia bipolare (infiammazione del cervello)                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Infarto o storia familiare di malattie cardiache                                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Sovrappeso (BMI superiore a 25) o storia familiare di obesità o diabete                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Storia familiare di Parkinson o Alzheimer                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Vita stressante                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Bevo più di 3 bicchieri di alcol a settimana                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Faccio meno di 30 minuti di esercizio fisico 3 volte a settimana                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 20 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

# Energia e mitocondri

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                       | Sì / No                                                 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho affaticamento cronico o prolungato.                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho dolore o fastidio muscolare.                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Ho problemi di sonno (difficoltà a rimanere o addormentarsi o svegliarsi presto).                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Il mio sonno non è riposante.                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Ho una scarsa tolleranza all'esercizio, con grave affaticamento dopo.                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Ho debolezza muscolare.                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Ho problemi di concentrazione o memoria.                                                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Sono irritabile e lunatico.                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | L'affaticamento mi impedisce di fare le cose che vorrei fare.                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | L'affaticamento interferisce con il lavoro, la famiglia o la vita sociale.                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Sono stato sotto stress prolungato.                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | I miei sintomi sono iniziati dopo un episodio di stress acuto, infezione o trauma.                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Ho la sindrome da affaticamento cronico o la fibromialgia.                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Ho una storia di infezioni croniche.                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Mangio troppo.                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Sono stato esposto a sostanze chimiche ambientali (pesticidi, acqua non filtrata, cibo non biologico).       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Ho prestato servizio nella guerra del Golfo o in un altro impegno militare e ho subito conseguenze negative. | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Ho una storia familiare di malattie neurologiche, tra cui Alzheimer, Parkinson, SLA, ecc.                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Ho una storia familiare di autismo o ADHD.                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Ho una storia familiare di depressione, malattia bipolare o schizofrenia.                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 20 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## Sistema di disintossicazione

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sì / No                                                 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Evacuazioni difficili e difficoltose ogni giorno o ogni giorno alterno                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Soffro di stitichezza e vado solo ogni altro giorno o meno frequentemente                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Urino piccole quantità di urine scure dal forte odore solo alcune volte al giorno                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Sudorazione scarsa o assente                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Uno o più dei seguenti sintomi: affaticamento, dolori muscolari, mal di testa, problemi di concentrazione e memoria                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Familiarità con la fibromialgia o la sindrome da affaticamento cronico                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Bevo acqua del rubinetto o di pozzo non filtrata o acqua da bottiglie di plastica                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Faccio pulire i vestiti a secco                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Lavoro o vivo in un edificio con scarsa ventilazione o finestre che non si aprono                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Vivo in una grande area urbana o industriale                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Uso sostanze chimiche per la casa o per il giardinaggio o faccio trattare la mia casa o appartamento per gli insetti da un disinfestatore                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho più di 1-2 amalgami di mercurio (otturazioni) nei denti                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Mangio pesce grande (pesce spada, tonno, squalo, pesce anguilla) più di una volta alla settimana                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Sono infastidito da uno o più dei seguenti odori forti: benzina o gasolio, profumi, odore di auto nuova, negozi di tessuti, vestiti puliti a secco, lacca per capelli, altri odori forti, saponi, detersivi, fumo di tabacco, acqua clorata                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Ho una reazione negativa quando consumo alimenti contenenti glutammato monosodico (MSG), solfiti (presenti nel vino, nei buffet di insalate, nella frutta secca), benzoato di sodio (conservante), vino rosso, formaggio, banane, cioccolato, aglio, cipolle o anche una piccola quantità di alcol | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Quando bevo caffeina, mi sento eccitato, ho un aumento di dolori articolari e muscolari e/o ho sintomi ipoglicemici (ansia, palpitazioni, sudorazione, vertigini)                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sì / No                                                 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 17 | Assumo regolarmente una qualsiasi delle seguenti sostanze o farmaci: acetaminofene (Tylenol), farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) come ibuprofene o naprossene, farmaci per bloccare l'acido (Tagamet, Zantac, Pepcid, Prilosec, Prevacid), farmaci ormonali (pillola anticoncezionale, estrogeni, progesterone, farmaci per la prostata), farmaci per mal di testa ricorrenti, sintomi di allergia, nausea, diarrea o indigestione | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Ho avuto ittero (la pelle e gli occhi diventano gialli) o mi è stato diagnosticato la sindrome di Gilbert (un'elevazione della bilirubina)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Storia familiare di cancro al seno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Storia familiare di cancro ai polmoni causato dal fumo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 21 | Storia familiare di altri tipi di cancro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 22 | Storia familiare di problemi alla prostata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 23 | Storia familiare di allergie, sensibilità o intolleranze alimentari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 24 | Storia familiare di Parkinson                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 25 | Storia familiare di Alzheimer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 26 | Storia familiare di SLA (sclerosi laterale amiotrofica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 27 | Storia familiare di altre malattie dei motoneuroni o di sclerosi multipla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 27 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## Resistenza all'insulina

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                                                             | Sì / No                                                 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho voglia di dolci e li mangio, anche se poi mi sento giù di energia.                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho una storia familiare di diabete, ipoglicemia o alcolismo.                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Dopo i pasti mi sento irritabile, ansioso, stanco, agitato o ho mal di testa.                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Mi sento instabile 2-3 ore dopo un pasto.                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Seguo una dieta a basso contenuto di grassi ma non riesco a perdere peso.                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Se salto un pasto, mi sento irritabile, debole o stanco.                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Se mangio una colazione a base di carboidrati (muffin, bagel, cereali, pancake, ecc.) non riesco a controllare la mia alimentazione per il resto della giornata.   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Una volta che inizio a mangiare dolci o carboidrati, non riesco a smettere.                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Dopo aver mangiato pesce, carne e verdure, mi sento bene, ma dopo un pasto a base di pasta, pane, patate e dessert mi sento assonnato o "drogato".                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Vado subito a prendere il cestino del pane nei ristoranti.                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Dopo aver mangiato dolci, ho palpitazioni.                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Sono sensibile al sale (tendo a trattenere acqua).                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Ho attacchi di panico nel pomeriggio se salto la colazione.                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Sono spesso di cattivo umore, impaziente o ansioso.                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | La mia memoria e la mia concentrazione sono scarse.                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Mangiare mi tranquillizza.                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Mi stanco poche ore dopo aver mangiato.                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Ho sudorazioni notturne.                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Sono stanco la maggior parte del tempo.                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Ho peso in eccesso intorno alla vita (rapporto vita-fianchi > 0,8; misura intorno all'ombelico e intorno alla protuberanza ossea sulla parte superiore dell'anca). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                       | Sì / No                                                 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 21 | I miei capelli si assottigliano dove non vorrei (sulla testa) e crescono dove non dovrebbero (sul viso, se sono una donna).  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 22 | Ho una storia familiare di sindrome dell'ovaio policistico o sono infertile.                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 23 | Ho una storia familiare di pressione alta.                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 24 | Ho una storia familiare di malattie cardiache.                                                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 25 | Ho una storia familiare di diabete di tipo 2.                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 26 | Ho infezioni fungine croniche (prurito inguinale, infezioni da candida vaginale, macchie secche e squamose sulla mia pelle). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 26 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## Sistema circolatorio

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                        | Sì / No                                                 |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho malattie cardiache (angina o infarti)      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho l'ipertensione                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Ho una cattiva circolazione nei piedi         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Ho gonfiore alle mani e ai piedi              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Ho edema                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Ho la disfunzione erettile                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Ho crampi muscolari                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Ho le mani e i piedi freddi                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Ho la sindrome di Raynaud                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Ho frequenti infezioni                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Ho le vene varicose                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho intorpidimento e formicolio alle estremità | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Le mie ferite guariscono lentamente           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Ho coaguli di sangue                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 14 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## Sistema muscoloscheletrico

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                     | Sì / No                                                 |
|----|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho perso massa muscolare negli anni.                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Mi risulta più difficile svolgere compiti quotidiani che richiedono forza. | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Non faccio allenamento di forza.                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Sono vegano/a.                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Assumo meno di 25-30 grammi di proteine per pasto.                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Non mangio pesce o assumo integratori di acidi grassi omega-3.             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Mangio cibi fritti.                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Ho osteopenia o osteoporosi.                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Non assumo integratori di vitamina D3.                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Ho poca energia e scarsa resistenza.                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Rapporto vita-fianchi > 0,8 (donne) o > 0,9 (uomini).                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 11 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

# Funzionalità tiroidea

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                            | Sì / No                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho la pelle e le unghie spesse.                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho la pelle secca.                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | I miei capelli si diradano, perdo i capelli o ho i capelli grossolani.                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Sono sensibile al freddo.                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Ho le mani e i piedi freddi.                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Ho affaticamento muscolare, dolore o debolezza.                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Ho forti sanguinamenti mestruale, peggioramento della sindrome premestruale, altri problemi mestruali o infertilità.              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | La mia libido è diminuita.                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Trattengo i liquidi (gonfiore di mani e piedi).                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Mi sento affaticato (soprattutto al mattino).                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Ho la pressione sanguigna e il battito cardiaco bassi.                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho difficoltà di memoria e concentrazione.                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | La parte esterna delle mie sopracciglia sta diventando più sottile.                                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Ho difficoltà a perdere peso o ho guadagnato peso recentemente.                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Ho la stitichezza.                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Ho un cattivo umore e sono apatico.                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Ho una storia familiare di malattie autoimmuni (come artrite reumatoide, sclerosi multipla, lupus, allergie, eccesso di lievito). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Ho una storia familiare di malattia celiaca o sono sensibile al glutine.                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Sono stato esposto a trattamenti radiologici.                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Sono stato esposto a tossine ambientali.                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

| N. | Domanda / affermazione                                                             | Sì / No                                                 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 21 | Consumo molto tonno e sushi e/o ho molte otturazioni dentali d'argento (mercurio). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 22 | Ho una storia familiare di problemi alla tiroide.                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 23 | Bevo acqua clorata o fluorurata.                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 23 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## Acidi grassi essenziali (omega-3)

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                    | Sì / No                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Unghie morbide, screpolate o fragili                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Pelle secca, pruriginosa, squamosa o che si sfoglia                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Cerume duro                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Pelle a "pelle d'oca"                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Forfora                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Dolore o rigidità alle articolazioni                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Sensazione di sete frequente                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Costipazione                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Feci di colore chiaro, dure o dall'odore sgradevole                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Umore depresso, difficoltà a concentrarsi o perdita di memoria                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Ipertensione                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Sindrome fibrocistica del seno                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Sindrome premestruale                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Storia familiare di colesterolo LDL alto, bassi livelli di HDL e trigliceridi elevati                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Origine genetica del Nord Atlantico: irlandese, scozzese, gallese, scandinava o nativa americana costiera | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 15 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## QUESTIONARIO 10

# Vitamina D

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                            | Sì / No                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho una storia familiare di disturbo affettivo stagionale (SAD) o depressione invernale.                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho sperimentato una perdita di vivacità mentale o memoria.                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Ho dolori o muscoli deboli.                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Ho ossa doloranti (premi sulla tibia per vedere se fa male).                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Lavoro al chiuso.                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Evito il sole.                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Uso la crema solare la maggior parte del tempo.                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Vivo a nord della Florida.                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Non mangio pesci piccoli e grassi come sgombrò, aringa o sardine (la fonte principale di vitamina D nella dieta). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Ho una storia familiare di osteoporosi.                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Mi sono rotto più di 2 ossa o ho avuto una frattura dell'anca.                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho una storia familiare di malattia autoimmune (come la sclerosi multipla).                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Ho l'osteoartrite.                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Ho infezioni frequenti.                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Ho una storia familiare di cancro alla prostata.                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Ho la pelle scura (qualsiasi razza diversa dalla caucasica).                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Ho 60 anni o più.                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 17 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## QUESTIONARIO 11

# Vitamine B e metilazione

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                           | Sì / No                                                 |
|----|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Mangio proteine animali più di 5 volte a settimana               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Mangio alimenti con grassi idrogenati più di 1-2 volte/sett      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Porzioni di proteine animali maggiori di 4-6 once/pasto          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Mangio meno di 1 tazza di verdure a foglia verde scuro al giorno | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Mangio meno di 5-9 porzioni di frutta/verdura al giorno          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Assumo più di 3 bevande alcoliche a settimana                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Cattivo umore                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Storia di infarto o altre malattie cardiache                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Storia di ictus                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Storia di cancro (specialmente colon, cervice, seno)             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Storia di test PAP anomali (displasia cervicale)                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Storia di difetti alla nascita nei figli                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Storia di demenza                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Perdita di equilibrio o sensazione ai piedi                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Storia di sclerosi multipla o altre malattie con danno ai nervi  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Storia di sindrome del tunnel carpale                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Non assumo un multivitaminico                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Età superiore a 65 anni                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 18 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## QUESTIONARIO 12

# Magnesio

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                  | Sì / No                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho un umore depresso.                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Mi sento irritabile.                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Ho difficoltà a concentrarmi.                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Ho una storia familiare di autismo.                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Sono ansioso.                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Ho difficoltà ad addormentarmi e/o a restare addormentato.              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Ho contrazioni muscolari involontarie.                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Ho la sindrome premestruale.                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Ho crampi alle gambe o alle mani.                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Ho la sindrome delle gambe senza riposo.                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Ho palpitazioni, battiti saltellanti o extrasistoli.                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho frequenti mal di testa o emicranie.                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Ho difficoltà a deglutire.                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Ho reflusso acido.                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Sono sensibile ai rumori forti.                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Mi sento affaticato.                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Ho una storia familiare di asma.                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Ho stitichezza (meno di 2 evacuazioni intestinali al giorno).           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Ho stress eccessivo.                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Ho calcoli renali.                                                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 21 | Ho una storia familiare di malattie cardiache o insufficienza cardiaca. | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                        | Sì / No                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 22 | Ho una storia familiare di prolasso della valvola mitrale.                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 23 | Ho una storia familiare di diabete.                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 24 | Ho un basso consumo di alga kelp, crusca o germe di grano, mandorle, anacardi, grano saraceno o verdure a foglia verde scuro. | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 24 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

# Zinco

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                           | Sì / No                                                 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho il gusto compromesso                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho l'olfatto compromesso                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Ho unghie deboli (sottili, fragili, che si sfaldano)                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Ho macchie bianche sulle unghie                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Ho frequenti raffreddori o infezioni respiratorie                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Ho la diarrea                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Ho l'eczema o altre eruzioni cutanee                                                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Ho l'acne                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Le mie ferite guariscono male                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Ho le allergie polvere o muffe mai testate però                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Sto perdendo i capelli                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho la forfora                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Ho una storia familiare di disfunzione erettile                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Ho una prostata ingrossata o infiammata                                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Ho una storia familiare di malattia infiammatoria intestinale - mio padre probabilmente ma non ha avuto diagnosi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Ho una storia familiare di artrite reumatoide                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Consumo acqua dura                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Consumo più di 3 bevande alcoliche a settimana                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Sudo eccessivamente                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Ho una storia familiare di malattie renali o epatiche                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 21 | Ho più di 65 anni                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

| N. | Domanda / affermazione                                                                                              | Sì / No                                                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 22 | Uso diuretici                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 23 | Ho un basso consumo di dulse, radice di zenzero fresca, tuorli d'uovo, pesce, kelp, agnello, legumi e semi di zucca | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 23 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## QUESTIONARIO 14

# Ormoni sessuali maschili

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                                              | Sì / No                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho una ridotta libido e ho perso la vitalità.                                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho difficoltà a raggiungere o mantenere un'erezione.                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Sono infertile o ho un basso numero di spermatozoi.                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Ho una perdita di massa muscolare.                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Ho un aumento di grasso addominale.                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Sono affaticato o ho bassa energia.                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Sento una perdita di direzione e scopo o un senso di apatia.                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Ho una perdita di massa ossea o fratture ossee.                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Ho una storia familiare di colesterolo alto.                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Ho una storia familiare di problemi di insulina o zucchero nel sangue.              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Mi sento debole.                                                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho un umore depresso.                                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Sono stato esposto a pesticidi o metalli pesanti (nei cibi, nell'acqua, nell'aria). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 13 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## Ormoni sessuali femminili

Indica Sì oppure No per ogni affermazione. Le domande sono riportate dal materiale originale; non consentono da sole di attribuire una causa ai sintomi riferiti.

| N. | Domanda / affermazione                                           | Sì / No                                                 |
|----|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Ho la sindrome premestruale.                                     | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Ho fluttuazioni di peso mensili.                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Ho edema, gonfiore o ritenzione idrica.                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Mi sento gonfia.                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Ho mal di testa.                                                 | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Ho sbalzi d'umore.                                               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Ho seni doloranti o ingrossati.                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Ho un cattivo umore.                                             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Mi sento incapace di far fronte alle richieste ordinarie.        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Ho mal di schiena, articolazioni o muscoli.                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Ho voglie di cibo prima del ciclo (soprattutto zucchero o sale). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Ho cicli irregolari, emorragie abbondanti o leggere.             | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Sono infertile.                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Uso la pillola anticoncezionale o altri ormoni.                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 15 | Ho emicranie prima del ciclo.                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 16 | Ho cisti o noduli al seno o seni fibrocistici.                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 17 | Ho una storia familiare di cancro al seno, ovaio o utero.        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Ho una storia familiare di fibromi uterini.                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 19 | Ho sintomi peri- o menopausali.                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 20 | Ho vampate di calore.                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 21 | Mi sento ansiosa.                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

| N. | Domanda / affermazione                                                    | Sì / No                                                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 22 | Ho sudorazioni notturne.                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 23 | Ho problemi di insonnia.                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 24 | Ho perso il desiderio sessuale.                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 25 | Ho la pelle secca, capelli e/o vagina.                                    | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 26 | Ho palpitazioni.                                                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 27 | Ho problemi di memoria o concentrazione.                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 28 | Ho gonfiore o aumento di peso intorno alla vita.                          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 29 | Ho peli sul viso.                                                         | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 30 | Sono stata esposta a pesticidi o metalli pesanti (nel cibo, acqua, aria). | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Totale risposte Sì: \_\_\_\_\_ / 30 Frequenza descrittiva: \_\_\_\_\_ %

## Esperienze avverse nell'infanzia (ACE)

Riferisciti alle esperienze precedenti ai 18 anni. Si vale un punto, fino a 10. Puoi scegliere di non rispondere a qualsiasi domanda: in tal caso non calcolare un totale come se fosse un No.

Le esperienze descritte possono essere delicate. Il punteggio non predice la salute di una persona né considera sostegno sociale, fattori protettivi e altre esperienze fuori dalla famiglia.

| N. | Domanda / affermazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sì / No                                                 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Prima dei 18 anni, un genitore o un altro adulto convivente ti ha spesso o molto spesso insultato, umiliato, svalutato o trattato in modo da farti temere di essere ferito fisicamente?                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2  | Prima dei 18 anni, un genitore o un altro adulto convivente ti ha spesso o molto spesso spinto, afferrato, schiaffeggiato o lanciato qualcosa addosso, oppure ti ha mai colpito così forte da lasciarti segni o provocarti lesioni?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3  | Prima dei 18 anni, un adulto o una persona di almeno cinque anni più grande di te ti ha mai toccato in modo sessuale, ti ha fatto toccare il proprio corpo in modo sessuale, oppure ha tentato o avuto con te rapporti sessuali orali, anali o vaginali?                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4  | Prima dei 18 anni, ti è capitato spesso o molto spesso di sentire che nessuno in famiglia ti amava o ti considerava importante o speciale? Oppure che i familiari non si prendessero cura gli uni degli altri, non fossero uniti o non si sostenessero?                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5  | Prima dei 18 anni, ti è capitato spesso o molto spesso di non avere abbastanza da mangiare, di dover indossare vestiti sporchi o di non avere nessuno che ti proteggesse? Oppure che i tuoi genitori fossero troppo ubriachi o sotto l'effetto di sostanze per prendersi cura di te o accompagnarti dal medico quando necessario?                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6  | Prima dei 18 anni, i tuoi genitori si sono mai separati o hanno divorziato?                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7  | Prima dei 18 anni, tua madre o la tua matrigna è stata spesso o molto spesso spinta, afferrata, schiaffeggiata o colpita dal lancio di oggetti? Oppure è stata talvolta, spesso o molto spesso presa a calci, morsa, colpita con un pugno o un oggetto duro? Oppure è stata ripetutamente picchiata per diversi minuti o minacciata con una pistola o un coltello? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8  | Prima dei 18 anni, hai vissuto con una persona che aveva un problema con l'alcol o che faceva uso di droghe illegali?                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9  | Prima dei 18 anni, un componente della tua famiglia soffriva di depressione o di altri problemi di salute mentale, oppure ha tentato il suicidio?                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Prima dei 18 anni, un componente della tua famiglia è stato in carcere?                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Somma ACE (solo se tutte le risposte sono presenti): \_\_\_\_ / 10

Un numero di esperienze più alto è associato, in studi di popolazione, a maggiori difficoltà psicosociali e di salute. Non determina un esito individuale: anche fattori protettivi, opportunità e supporto hanno importanza. I quesiti non considerano tutte le avversità possibili.

# Le tue osservazioni

Utilizza questo spazio per annotare ciò che noti e cosa desideri approfondire. Una risposta positiva è un'indicazione da contestualizzare, non una conclusione.

Quali segnali o abitudini vorresti approfondire?

---

---

---

Quando si presentano (orario, circostanza, frequenza)?

---

---

---

Quali fattori sembrano precedere o accompagnare il disturbo?

---

---

---

Quali domande vorresti porre al professionista sanitario?

---

---

---

Materiale informativo ed orientativo, privo di validazione diagnostica. Non sostituisce il giudizio del professionista sanitario né la valutazione di situazioni urgenti.

Dr. Roberto Boscia · [drrobertoboscia.com](http://drrobertoboscia.com)